



Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748 301	21/08/2020 16:20	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 21 de Abril de 2016

Carta nº: 8998224

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 001

Agência: 000000246-1

Conta: 000010037183-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: 3160176361 - 1

Nome do(a) Examinado(a): GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VINTE E UM nº 05 - TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA/PE

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: RG 9212560 - SSP

Data local do exame: 31/03/2016 SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

trauma com ferimento no crânio

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

SIM NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

SIM NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.

tratamento clínico conservador mais sutura

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)?

SIM NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

cefaleia e síndrome vertiginosa

IV. Segundo o previsto no inciso II, nº1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*):

Vítima em tratamento Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias
Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

snc

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

Região Corporal(Sequela)

10% 25% 50% 75% 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*):

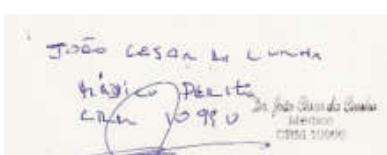
Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - SERRA TALHADA, 31/03/2016

Médico Perito: JOAO CESAR DA CUNHA CRM: 10990-PE



Assinatura do perito Examinador - CRM



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200777300000065480994

Número do documento: 20082116200777300000065480994

Num. 66748301 - Pág. 2



Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Autenticação da Seguradora
0014*

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, *Geraldoison Mateus Bezerra Santos*PORTADOR(A) DO RG Nº *9.272.560*

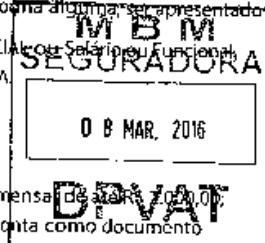
EXPEDIDO POR

*SDS - PE*EM *29/10/2014*CPF *011.600.000-09-35* /CNPJ *00000000000000000000*, PROFISSÃO *Agricultor*E RENDA MENSAL DE R\$ *1.000,00* (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA *Geraldoison Mateus Bezerra Santos*. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem** de forma alguma ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício ~ nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial ~ nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPLANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.



IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO *001* Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) *02861*Nº da CONTA (com dígito, se existir) *37 183-1*

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPLANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO

Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

Nº da CONTA (com dígito, se existir)

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIATAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Bonita Talhada de *Fevereiro* de *2016* *Geraldoison Mateus B. Santos*
 LOCAL E DATA *(07/03/2016)* ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante Indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



Banco Itaú

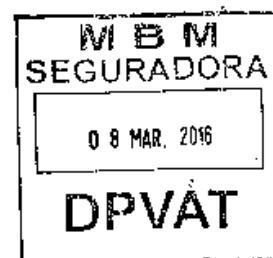
EXTRATO DA CONTA CORRENTE

Agência: 32381634-46 SERRA TALHADA
Terminal: 32316318 Id. Trx.: 258654
Nro Aut.: 859842 Lixeira: 25654011
Data: 24/02/2016 Hora: 29:32
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.
5757886628 8820

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGÊNCIA: 0246-1 CONTA: 37.183-1
CLIENTE: GENICLESCH HATEUS BESE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 16E0267000655

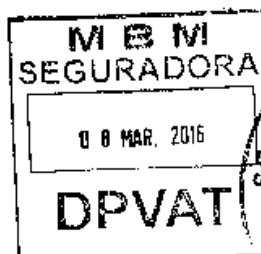
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/02/2016 às 10:42**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **12/7/2015 às 02:00**

Fato ocorrido no endereço: **BR 232 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, PRÓXIMO A FAZENDA NOVA** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SANDRA BESERRA NUNES** Pai: **GENIVALDO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 8788027254**

Residencial: **RUA 21 - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 5, COHAB - CEP: 55000-000** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NX** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**
Descrição: **NXR150 BROS ES**

24/02/2016 10:42



Complemento / Observação

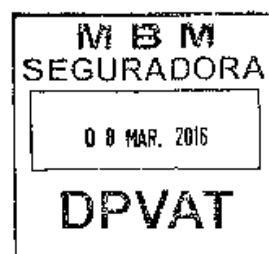
A PESSOA DE GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS COMPARCEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE CONDUZIA A MOTO DE PLACA PGF7990, DE PROPRIEDADE DE SEU GENITOR, PELA BR 232 , VINDO DE JATIUCA PARA SERRA TALHADA QUANDO UM VEICULO NAO IDENTIFICADO E CONDUTOR TAMBEM NAO IDENTIFICADOM COLIDIU POR TRAS DA MOTO, VINDO A VITIMA A CAIR DESMAIANDO. A VITIMA INFOMROU QUE DEVIDO O DESMAIO NAO SABE QUEM O SOCORREU, E QUANDO ACORDOU JA SE ENCONTRAVA NO HOSPLAN E NO MESMO DIA FOI PARA A CLINICA SAO VICENTE. A VITIMA INFORMOU QUE NO MOMENTO DO ACIDENTE TEVE FERIMENTOS NA CABECA ALEM DE ESCORIAOES PELO CORPO. A VITIMA NAO POSSUE CNH.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geniclebson mateus B. Santos

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAKSON DO NASCIMENTO** - Matrícula: **221546-2**



24/02/2016 10:42



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200777300000065480994>
Número do documento: 20082116200777300000065480994

Num. 66748301 - Pág. 6

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAÚDO DO IML



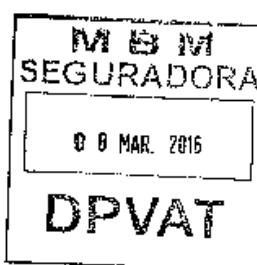
Eu, Genilson Matheus Bezerra Soárez, portador da carteira de identidade nº 9.212.560 e inscrito no CPF/MF sob o nº 116.016.064-35, residente e domiciliado na Rua: Vinte e um. Oitab. Cidade Beira Tallada, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Beira Tallada - PE Fevereiro 2016
Local e data 07/03/2016



HOSPM

→ Comprovação de
Operação
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 34

Data e Hora: 12.04.20	04:55	Data Nasc.: 38/02/93	
Nome: GENICIASSON MATEUS BEZERRA SANTOS			
Mae: ANDREA BEZERRA NUNES	Sexo: M. Estado Civil: SOLTEIRO Escolaridade: 8º Série		
Profissão: ESTUDANTE	Consulta		
Responsável: GENITO			
End. do Paciente: R. 21 N. 05	Município: TALAMAS	Fone: 996340813	
Bairro: COTIAZ		Doc. Identidade:	
Cartão SUS:			
Type de Atendimento:	Raça/Cor:		
<input checked="" type="checkbox"/> Atende de Táncio	<input type="checkbox"/> Preto	País: <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Amarelo	Indígena: <input type="checkbox"/>	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Dor + Sopro na t.

20. Refre fez creme na
Cint. que curou de um
proto. Sobre de cinturão
vertebro fez + alto
Cinturão

Tratamento:

Sobre



Impressão Diagnóstica:

PROBLEMA: Dor no tórax com dor de face
(C. A. V. A. M.) devido a cinturão

Destino do Paciente: Residência

Internado

Transferido

Removido para Hospital

Obito: 08 hs do dia

Médico: Calimbo e CRM:

DR. Francisco Cordeiro
de Geral e Odontologia
PE-5749

21/08/2020



1910-1911
ESTRICA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

285

HORA:

idade:

Paciente:

Re a credit
in April

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Neuroleptic

Exodus 3

DPVAT

DISSERÇÃO MÉDICA



HOSPM

→ Comprovação de
HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº 34

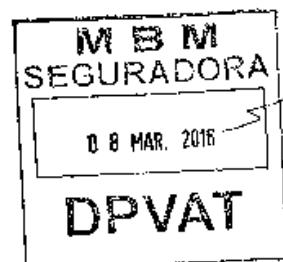
Data e Hora: 12.04.20	04:55	Data Nasc.: 38/02/93	
Nome: GENICIASSON MATEUS BEZERRA SANTOS			
Mae: ANDREA BEZERRA NUNES	Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIRO	
Profissão: ESTUDANTE	Escolaridade: 8º Série		
Responsável: GENITO			
End. do Paciente: R. 21 N. 05	Município: TALAMAS	Fone: 996340813	
Bairro: COTIA		Doc. Identidade:	
Cartão SUS:			
Type de Atendimento:		Raça/Cor:	
<input checked="" type="checkbox"/> Atende de Táncio	<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Preto	
<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Consulta	<input type="checkbox"/> Amarelo	
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Dor + Sopro na t.
Pac. Refere fadiga crônica
Certe que dormiu de mal
noite. Sintomas de arfando
vertigem febre e calafrios
Cachorro

Tratamento:

Sintomas



Impressão Diagnóstica:	Frequente dor de peito com dor de fôlego (CVA) devido a infarto agudo de miocárdio				
Destino do Paciente: Residência	<input type="checkbox"/>	Internado	<input type="checkbox"/>	Transferido	<input type="checkbox"/>
Removido para Hospital					
Obito 18	hs do dia				
Médico - Calimbo e CRM:	Dr. Francisco Cordeiro CRM-PE-5749				

21/08/2020



INSTRUÇÕES
NOTA DE OBSERVAÇÃO MÉDICA

247

HORA:

idade:

Paciente:

Re: a credit
for Project

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

نیشنل

A rectangular stamp with a decorative border. The text 'MBM' is at the top in large letters, with 'M' on each side of a central 'B'. Below that, in a larger font, is 'SEGURADORA'. At the bottom, it says 'Exames' on the left and '08 MAR. 2016' on the right. The '08' is aligned with the 'Exames' line, and 'MAR. 2016' is on the next line.

DPVAT

PRESCRIÇÃO MÉDICA





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Genicibom Mateus Bezerra Santos

RG nº 9.212.560 data de expedição 29/04/2014 Órgão SDS-PO,

CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 / (81) 99992-8435</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2018
(07/03/2018)

Assinatura do Declarante: Genicibom Mateus B. Santos





Tel/2 Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.416, de 26/04/02
CNPJ 00.235.532/5201-03 | Inscrição Estadual: 0002943 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SANDRA BESSERA NUNES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA Vinte e Um 5

CPF 582.581.354-04 NIS 16553053716

COHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56039-130

CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMUNS
Monofásico

NOTA DE CREDITO PAGA MENSALMENTE
1437508015 11/2015

NOTA DE CREDITO PAGA MENSALMENTE
002656564 UNCA 20/11/2015

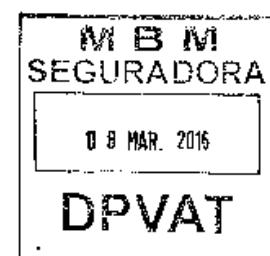
NOTA DE CREDITO PAGA MENSALMENTE
20/11/2015 2000073182 3871776

DETALHAMENTO DA NOTA DE CREDITO	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	50.000,000	0,14483023	4,33
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000,000	0,24785771	17,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	19.000,000	0,97160597	41,32
Acréscimo Bônus Vermeu-A			7,34
Concessão Iluminação Pública			8,59
Juros por atraso-NF 002656564 - 22/10/16			2,04
Juros por atraso-NF 002656564 - 22/10/16			0,37

TOTAL DA FATURA		80,83
MÊS/ANO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR LENDA
2011/2015	CAT	27.915,00
2011/2015		20.11/2015
2011/2015		38.030,00
2011/2015		1.000,00
2011/2015		21.200,00

DETALHAMENTO DA NOTA DE CREDITO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO ADENDO	DETALHAMENTO DO CREDITO	%
NOV15 213				Getápolis de Energia	41,32
DEZ15 27	ICMS			Transmissão	44,09
FEV16 260	PIS	1,00	0,71	Demanda de Celpe	1,82
AGO15 213	COPINS	1,00	0,70	Entregas por Celpe	26,46
ABR16 224				Entregas por Celpe	0,12
JUN16 200				Total	4,17
MAR15 270				Transmissão	3,97
APR16 242				Total	4,39
MAR15 273					
FEV16 206					
JAN16 216					
DEZ14 276					
NOV14 274					

NOTA DE CREDITO PAGA MENSALMENTE
002656564 - 22/10/16
Consumo Ativo de 30 a 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 a 220 kWh
Consumo Ativo superior a 220 a 300 kWh
Acréscimo Bônus Vermeu-A
Concessão Iluminação Pública
Juros por atraso-NF 002656564 - 22/10/16
Juros por atraso-NF 002656564 - 22/10/16





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Genicibom Mateus Bezerra Santos

RG nº 9.212.560 data de expedição 29/04/2014 Órgão SDS-PO,

CPF nº 116.016.064-35, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua: Vinte e um</u>
Número	<u>nº 5</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Cohab</u>
Cidade	<u>Serra Talhada</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>56909-100</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 99608-2811 / (81) 99992-8435</u>
E-mail	<u>_____</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Serra Talhada-PE / Fevereiro 2018
(07/03/2018)

Assinatura do Declarante: Genicibom Mateus B. Santos





Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.418, de 26/04/02
www.eletrobras.com.br | www.aneel.gov.br | www.mct.gov.br

DADOS DO CLIENTE
SANDRA BESEERRA NUNES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA Vinte e Um, 5

CPF 582.581.354-04 NIS 16553053716

COHAB/SERRA TALHADA

**CLASSIFICAÇÃO
BI RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NS
Necessário**

58009-130

NON-EMPLOYEE CONTRACTOR INFORMATION
007656564 | UNICA | 20/11/2016

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL		QUANTIDADE	PREÇO FGT	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh		50,000000	0,14483030	4,31
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh		70,000000	0,24787771	17,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh		113,000000	0,37166857	43,20
Acréscimo Bônus VERMEU-A				1,36
Contribuição para Manutenção Pública				0,51
Juros por atraso-NF 0020859816 - 22/10/16				2,04
Juros por atraso-NF 0020859816 - 22/10/15				0,91

TOTAL DA FATURA

11

DESCRIÇÃO DO CONSUMO DE ENERGIA									
Nº MEMÓR IA	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	MP DE 6443	CONSTANTE	ABERTO	CONSUMO (WAT)
1476018	CAT	27/06/2018	77.948,00	28/01/2019	38.081,00	70	1,0000		21.800

Na figura 10 é feita a comparação entre a média de 2014 (R\$ 100,00) e a média de 2015 (R\$ 100,00). É visível que houve um aumento de 10,4% no valor médio das compras realizadas no período de 2014 para 2015.



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211620077300000065480994>
Número do documento: 2008211620077300000065480994

Núm. 66748301 - Pág. 15

Declaração Circular Susep 445/12
-0030-

DECLARAÇÃO
Circular Susep nº 445/12 – Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

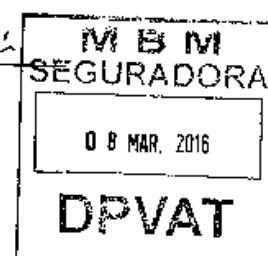
Pelo exposto, eu Antônio Marcos Nogueira de Aguiar, portador(a) do CNH 0118 9026369, expedido por Delcan - PR, em 17/106/2016, CPF/CNPJ nº 508.991.544-20

na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Genidelson Matheus Bessa Santos do sinistro de DPVAT da natureza Inválidez Permanente da vítima Genidelson Matheus Bessa Santos, e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas:

Profissão: Autônimo Renda Mensal: R\$ 2.000,00

Documentos comprobatórios: CNH, CPF, comp. Residência com Comprovação de profissão e renda.

Assinatura - PROCURADOR / INTERMEDIARIO



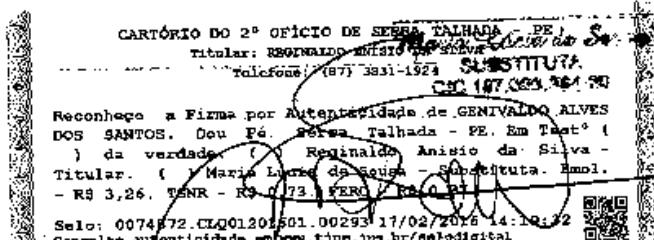


Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Genivaldo Alves dos Santos
CNH RG nº 02306356360, data de expedição 16/10/2013
Órgão Alerton-PE, portador do CPF nº 454.688-264-52, com
domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Vinte e Um, nº 05, nº 05,
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Genilson Mateus Bezerra Santos, cujo o condutor era
Genilson Mateus Bezerra Santos
Veículo: Moto/adeleia
Modelo: Honda INXR 150 Bros
Ano: 2012 / 2012
Placa: PGF 7990 / PE
Chassi: 9C2K D0650CR308750
Data do Acidente: 12.02.2015
Local e Data: Serra Talhada - PE 18 fevereiro 2016.
(07/03/2016)

Genivaldo Alves dos Santos
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)





<p align="center">REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO AGÊNCIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO</p>										
<p align="center">ANTONIO MARCOS MOURA DE AGUIAR</p>										
										
<p align="center">DATA DE EMISSÃO: 01/08/2004 2674255 EST PR</p>										
<p align="center">CPF: 308.793.544-20 DATA NASCIMENTO: 19/01/1970</p>										
<p align="center">SEXO: M</p>										
<p align="center">TÍTULO DE PREFERÊNCIA DE AGUIAR MÁRCA DE AGUIAR MOTORISTA DE AGUIAR</p>										
<p align="center">PERÍODO DE VIGÊNCIA:</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td align="center">01/08/2004</td> <td align="center">VALIDADE:</td> <td align="center">10/08/2013</td> <td align="center">PRATICA:</td> <td align="center">22/03/1990</td> </tr> <tr> <td align="center">01189023369</td> <td align="center"></td> <td align="center"></td> <td align="center"></td> <td align="center"></td> </tr> </table>	01/08/2004	VALIDADE:	10/08/2013	PRATICA:	22/03/1990	01189023369				
01/08/2004	VALIDADE:	10/08/2013	PRATICA:	22/03/1990						
01189023369										
<p align="center">ESPECIFICAÇÃO:</p> <p align="center">SEM OBSERVAÇÕES</p>										
<p align="center"><i>(Assinatura do motorista)</i></p>										
<p align="center">ASSINATURA DO HABILITADO</p> <p align="center">SILVA, MARCOS</p> <p align="center"><i>(Assinatura do motorista)</i></p>	<p align="center">DATA EMISSÃO: 17/06/2015</p>									
<p align="center">SERRA TALHADA - PE</p> <p align="center"><i>(Assinatura do motorista)</i></p>	<p align="center">DATA EMISSÃO: 17/06/2015</p>									
<p align="center">22146628875</p> <p align="center">22067159036</p>	<p align="center">22146628875</p> <p align="center">22067159036</p>									

MI B3 MI
SECURADORA
06 MAR. 2016
DPVAT





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **508.791.544-20**

Nome da Pessoa Física: **ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR**

Data de Nascimento: **19/01/1970**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **08:38:04** do dia **07/03/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **B9EC.D4D6.2E47.1D9D**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "[Comprovante de Inscrição no CPF](#)".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3160176361 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA **Data do acidente:** 12/07/2015 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER

Diagnóstico: tce com ferimento no crânio.

Descrição do exame cefaleia e síndrome vertiginosa.
médico pericial:

Resultados terapêuticos: tratamento clínico conservador mais sutura.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA PARCIAL DAS FUNÇÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 31/03/2016

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: JOAO CESAR DA CUNHA

CRM do médico: 10990-PE

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: FABIO S SELERI FERNANDES

CRM do médico: 52.63021-7

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 08 de Março de 2016

Carta nº: 8810287

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361
Vitima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à MBM SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 28 de Março de 2016

Carta nº: 8921126

A/C: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Sinistro: 3160176361 ASL-0128209/16
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data Acidente: 12/07/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748 310	21/08/2020 16:20	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Genivaldo Viana dos Santos,

RG nº 2836945, data de expedição 21/02/17,

Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 454.688.264-53, com domicílio na cidade de Serra Talhada, no Estado de PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) R. Vinícius Viana, nº 5,

complemento Rancho, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Genivaldo Viana dos Santos, cujo o condutor era

Genivaldo Viana dos Santos.

por moto/cicleta

Veículo: Honda/NXR 150 Bros ES

Modelo: Honda/NXR 150 Bros ES

Ano: 2012/2012

Placa: PGF 7990

Chassi: 9C2KD0550 CR 308750

Data do Acidente: 15-04-18

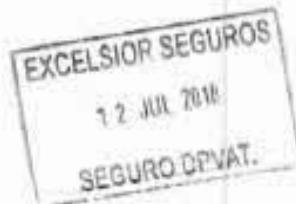
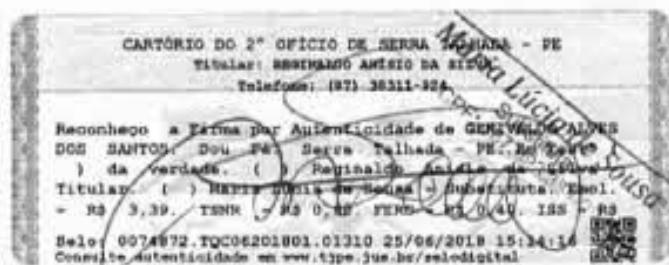
Local e Data: Serra Talhada



X Genivaldo Viana dos Santos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 15-04-18	Hora: 07:47	Nº: 17			
Nome: Genicelisson Matos Bezerra Santos					
Nascimento: 18-02-93	Sexo: M.	Estado Civil: Solteiro			
Escolaridade: alfabeto	Profissão: Padeiro				
Mae: Sancha Bezerra Almeida	Responsável: Almeida				
Endereço: R. 21. N.5	Municipio: Serra Talhada	Fone: 9-87949485			
Bairro: Cobalto	RG/CPF: 9.212.560				
Cartão SUS:					
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Trun no pulso direito
fraco, palpável

(R)

Tratamento:

- ① trun dxispira
- ② Volto ur - ond ①
- ③ Direito rr =

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL 2018

SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

fraco no pulso direito

Destino do Paciente:

Internado

Exame

Transferido

Evasão

Removido para o hospital:

Óbito:

hrs do dia

Dr. Antônio Bezerra da Silva
 CPF: 382.723.542-00
 Médico Traumatologista



OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Tropponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação

Horário

Obs:

1) Voltar para 1m
2) No do Ponto duplo
luz ap 2 min

0930

Noédia P. de Lima
IEP de Estrela Sul
COREN: 14835 - IEUP

Dr. Francisco Gomes
Graça Gomes
Graça Gomes
Graça Gomes

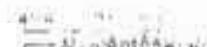
SIOR SEGUROS

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
Serra Talhada-PE





ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		DATA DA SOLICITAÇÃO 23/04/2018 15:11		
NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA		ASSINATURA E CARMÃO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
Nº DO DOCUMENTO MÉDICO SOLICITANTE PEDERO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO		CRM - 16558		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE: GENICLESON MATEUS BEZERRA SANTOS		Nº DO PRONTUÁRIO: 438056		
CERTAÇO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		DATA DE NASCIMENTO: 18/02/1993		
		SEXO: Masculino		
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: SANDRA BEZERRA NUNES		TELEFONE DE CONTATO:		
ENDEREÇO PRINCIPAL: RUA 21, 5 - COAHB				
MUNICÍPIO DE REFERÊNCIA: SERRA TALHADA		CDG. BORGES MUNICÍPIO: 2613909 UF: PE CEP:		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
PRINCIPAIS DIASES E SINTOMAS CLÍNICOS: FRATURA RÁDIO DISTAL D				
CONDICÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:				
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAVEL DIAGNÓSTICO (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS): RAIO X				
DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA RÁDIO DISTAL D				
CID 10 PRINCIPAL:		CID 10 SECUNDÁRIO:		
		CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:		
SINAIS VITAIS				
EXCELSIOR SEGUROS 12 JUL 2018				
PROCEDIMENTO SOLICITADO		CDG. DO PROCEDIMENTO:		
INSCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:		SEGURADO/DEVAT:		
CLÍNICA:		CHARATER DA INTERNAÇÃO: URGÊNCIA	DOCUMENTO: (X) CNS () CPF	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
EXECUTANTE		DATA DE AUTORIZAÇÃO:		
NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:				
TIPO DE LEITO:		ESPECIALIDADE:		
MÉDICO AUTORIZADOR:				
AUTORIZAÇÃO		DATA DA SOLICITAÇÃO:		
NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:				
DOCUMENTO: (X) CNS () CPF		Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 7876		
ESCLARECIMENTOS				



ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

EVOLUÇÃO

Data/Hora Professional Evolução
23/04/18 15:11 PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO
Descrição Solicitação Leito

TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
23/04/18 15:11	Em digitação	0h:0m:46s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
23/04/18 15:11	Aguardando Regulação	0h:0m:27s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	Alterada situação de solicitação do EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.
23/04/18 15:12	Aguardando Regulação	0h:0m:3s	EDVALDO,FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SESIPE	Associando profissional regulador: EDVALDO,FILHO solicitação: 438056
23/04/18 15:12	Aguardando Regulação	0h:0m:1s	EDVALDO,FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SESIPE	Desassociando profissional regulador
23/04/18 15:12	Aguardando Regulação		EDVALDO,FILHO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SESIPE	Associando profissional regulador: EDVALDO,FILHO solicitação: 438056

DADOS CANCELAMENTO

DADOS ALTA

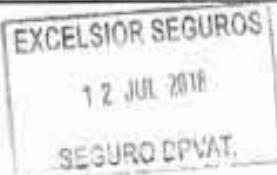
ASSISTIDO

Data / Hora Paciente Assistido Usuário

DADOS REJEIÇÃO

COMUNICAÇÃO ATIVA

OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA



(81) 999308446



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: ANTONIO M. B. SANTOS

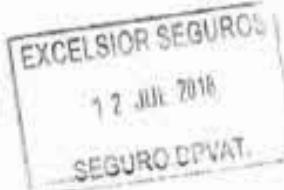
AO PROF. SÃO VICENTE

HDR: PROF. RÔRIO DE JESUS

- ① NEWS LINE SND
- ② ALGONS TOO → ③ 6/6/83
- ④ KEROSCAN/ CORPOSCAN
Solicitado 07-05-2018
- ⑤ SW + CCEG Ciente 07/05
Anh.

Pedro Avelino Andrade de Carvalho
Traumat - Ortopedia
CRMPE 10247/PE-0120

Médico - CRM





Hospital São Vicente

Data do Atendimento:	07/05/2018	Nº Registro:	000019013
Identificação do Paciente:	GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS 202 - TRAUMA, MASC. 01		
Data Nascimento:	18/02/1993	Idade:	25
Estado Civil:	Solteiro(a)	Profissão:	AJUDANTE PEDREIRO
Filiação: Pai:	GENIVALDO ALVES DOS SANTOS M ^{ae} : SANDRA BESERRA NUNES		
Endereço:	RUA 21 05		
Bairro:	COHAB	Cidade:	SERRA TALHADA
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito	<input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros Acidentes	<input checked="" type="checkbox"/>	Agressão	<input checked="" type="checkbox"/>
Suicídio	<input checked="" type="checkbox"/>	Casual	<input checked="" type="checkbox"/>
Outros	<input checked="" type="checkbox"/>		
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<p>Quase nenhuma queixa. Peculiaridade: N.S.D. de pressão arterial. Recuperação Rápida. Exame: 2, acima de 100 mmHg. Depois de 1 hora, a pressão é de 115/1</p>			
Diagnóstico Inicial			
<p>Fract. Fráx. Ossos Fract. Fráx. Ossos</p>			
S.A.D.T			
Diagnóstico Final			
<p>Fract. Fráx. Ossos</p>		<p>EXCELSIOR SEGUROS</p> <p>12 JUN 2018</p>	
CONDIÇÃO DE ALTA		MOTIVO DA ALTA	
Mejorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>
Inalterado	<input checked="" type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input checked="" type="checkbox"/>
Piorado	<input checked="" type="checkbox"/>	Transferência	<input checked="" type="checkbox"/>
Óbito+48h	<input checked="" type="checkbox"/>	Evasão	<input checked="" type="checkbox"/>
Óbito-48h	<input checked="" type="checkbox"/>	Indisciplina	<input checked="" type="checkbox"/>
Óbito em:		Local:	
		<p>SEGURO CPVAT</p> <p>Data do Internamento: 7/5/18</p> <p>Data da Alta: 7/5/18</p> <p>Local: M</p> <p>Medico Responsável: M</p>	



Cirurgia Realizada:

Nº do Procedimento:

abtoscopias Ramo D

Data: 08/05/18

Ínicio:

Término:

Cirurgião: *Antônio*

1º Auxiliar: *Antônio*

2º Auxiliar:

Anestesista: *Silvana*

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

*Sob pauta Asspso m.d.
Tecido muscular, apendicar
foco fechado, Ramo e fixado
pele com os fios Kirschner, Rodois
COP, Cremal, Vela fechada*


Antônio Rodrigues de Freitas

CRM 7351

CPF: 066.662.003-26

EXCELSIOR SEGUROS

12 JUL. 2018

SEGURÓ CPVAT.

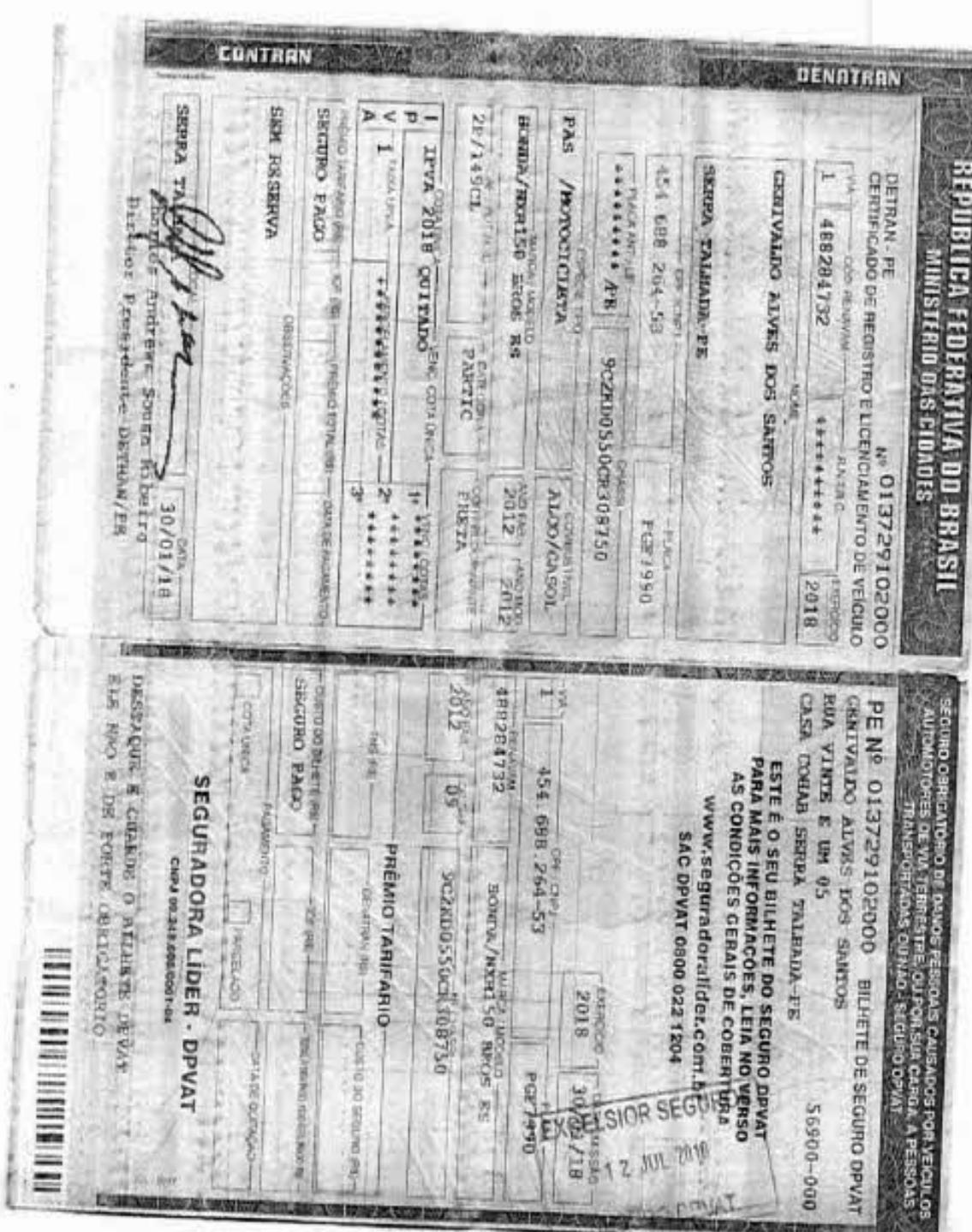
Assinatura do Cirurgião





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200787800000065481003>
Número do documento: 20082116200787800000065481003

Num. 66748310 - Pág. 10



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008211620078780000065481003>
Número do documento: 2008211620078780000065481003

Núm. 66748310 - Pág. 11

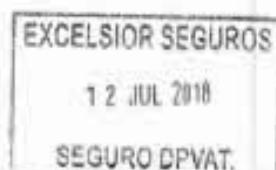
02591972/18 OK

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 27 de Junho de 2018

X Geriátrico - Centro Barreiro Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200787800000065481003>
Número do documento: 20082116200787800000065481003

Num. 66748310 - Pág. 12

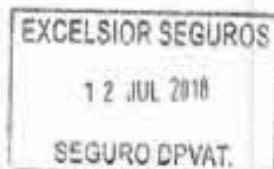
02591972/18 OK

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 27 de Junho de 2018

X Geriátrico - Centro Barreiro Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180321254 Cidade: Serra Talhada Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA Data do acidente: 15/04/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TERÇO DISTAL DO RÁDIO DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Lider- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180321254**
Vitima: **GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180321254**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13112547



Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Nº Sinistro: **3180321254**
Vitima: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180321254**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo.

Pag. 0001100612 - cartão_03 - INVALIDEZ

00050306


A documentação deve ser entregue na **CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13114768



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180321254**
Vitima: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180321254**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **15/04/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Lider-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180409250**
Vitima: **GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS**
Data do Acidente: **15/04/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180409250**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13328469





**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do Beneficiário ou do Representante Legal e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro no ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

116.016.064-35

Genicleison Matheus Bezerra Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Genicleison Matheus Bezerra Santos	CPF titular da conta 116.016.064-35	Profissão
Endereço R. Vinte e um	Número 05	Complemento Casa
Bairro COHAB	Cidade Serra Talhada	CEP 56909-100
Email	Telefone (DDDI) 8119634-4907	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUSO INFORMAR

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

ACIMA DE R\$ 3.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAU (341)
 CÍVIA ECONÔMICA FEDERAL (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

(Inserir digito se excluir)

(Inserir digito se excluir)

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

Nº

Nº

(Inserir digito se excluir)

(Inserir digito se excluir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

EXCELSIOR SEGUROS

Genicleison Matheus Bezerra Santos
do 06

Local e Data

de 2018 12 JUL 2018

Local e Data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** (se existir), para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: **31801321259** • CPF da Vítima: **116.016.064-35** • Nome completo da vítima: **Genelleson Matheus B. Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Ganellleson Matheus B. Santos	CPF titular da conta 116.016.064-35	Profissão Agricultor
Endereço Sua Vida é sua	Número 5	Endereço lara
Cidade COHAB	Estado PE	CEP 56909-190
Local	Telefone (DDD) 1819634-6903	

Para efeito das penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

SEM INDEMNIZAR SEM RENDA ATÉ R\$ 1.000,00 R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Sorprende para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BANCO SICOO (31) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (041)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	CONTA	BNB
0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000
Informar agência se existir	Informar conta se existir	BNB

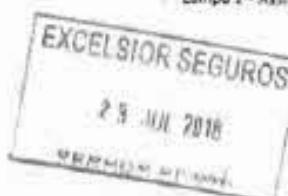
CONTA CORRENTE (todos os bancos):
BANCO
Nome: **Brasil** Nro: **001**
AGÊNCIA Nro: **0246** BNB: **1** CONTA Nro: **40.769** DIA: **0**
Informar agência se existir. Informar conta se existir. Informar BNB se existir.

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta acima efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Genalhada, 23 de julho de 2018
Local e Data

x Por conta de M. S. Cordeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Fonte da Vítima/ASL





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221204 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** (se existir), para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de **titularidade** do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal")

Número do Sinistro ou ASL: **31801321259** • CPF da Vítima: **116.016.064-35** • Nome completo da vítima: **Gennelerson Matheus B. Santos**

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Gennelerson Matheus B. Santos	CPF titular da conta 116.016.064-35	Profissão Agricultor
Endereço Sua Vida é sua	Número 5	Endereço lara
Cidade COHAB	Estado PE	CEP 56909-190
Local	Telefone (DDD) 1819634-6903	

Assinatura sob as penas da lei e para fins de prova de residência. Junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> SEM INDEMNIZAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	

• CONTA POUPANÇA (Sorprende para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
BANCO SICOOB (312) • BANCO DO BRASIL (001) • ITAÚ (041)
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA	CONTA	BNB
00000000000000000000	00000000000000000000	00000000000000000000
Informar agência se existir	Informar digito se existir	Informar digito se existir

• CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO	BNB	001
Brasil	0246	1
AGÊNCIA	BNB	001
00000000000000000000	40.769	0
Informar agência se existir	Informar digito se existir	Informar digito se existir

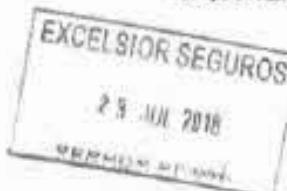
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta acima efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Guanabara, 23 de julho de 2018
Local e Data

x Por conta de M. S. Cordeiro
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Fonte da Vítima/ASL





CONFERE COM
O ORIGINAL

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0267002179

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/06/2018** às **11:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/4/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse de(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mês: **SANDRA BESSERRA NUNES** Pai: **GENIVALDO ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **087988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO**
PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse de(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESSERRA SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KD0550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **LICENCIADA EM NOME DE GENIVALDO ALVES DOS SANTOS, CPF N° 454.688.264-53**

Complemento / Observação

08/06/2018 11:21



COMPARECEU A ESTA DEPOL O SR. GENICLEBSON PARA COMUNICAR O ACIDENTE DO QUAL FORA VÍTIMA. SEGUNDO RELATOU, POR VOLTA DAS 6:30H DA MANHÃ, SEGUIA CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCrita, DE PROPRIEDADE DE SEU PAI, PELA ESTRADA VICINAL DE ACESSO AO SÍTIO MUCUTU, QUE DE REPENTE SURGIU UM CACHORRO QUE SAIU DO MATO E ATREVESSOU AQUELA ESTRADA; QUE TRAFEGAVA ENTRE 60 E 80 KM/H; QUE NÃO TEVE TEMPO HÁBIL DE FREAR O VEÍCULO VINDO A COLIDIR COM O ANIMAL E CAINDO AO CHÃO; QUE A PRÓPRIA VÍTIMA SE DIRIGIU AO HOSPAm; QUE NÃO PASSAVA NIGUÉM PELO LOCAL NO MOMENTO DO ACIDENTE; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE FRATUROU O PUNHO DIREITO. APRESENTOU O BOLETIM DE EMERGÊNCIA DP HOSPAm N° 17, PREENCHIDO PELO MÉDICO DR. EBENONE ANTONIO DA SILVA, CRM N° 15122. INQUIRIDO SOBRE SUA CNH, INFORMOU NÃO POSSUIR. ESSE REGISTRO VISA ASSEGURAR DIREITOS FUTUROS. SEM MAIS PARA O MOMENTO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

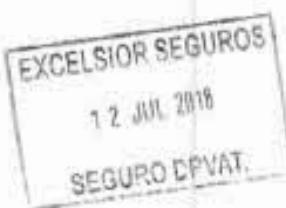
Geniclebson Mateus B. Santos

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **Bruna Reinaldo do Nascimento Santana** - Matrícula: 3866106



CONFERE COM
O ORIGINAL



08/06/2018 11:21



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200787800000065481003>
 Número do documento: 20082116200787800000065481003

Num. 66748310 - Pág. 23



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800-0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima <i>Genecílio Matos Bezerra Santos</i>	CPF da Vítima 416.016.064-35	Data do Acidente 15/09/2018
--	---------------------------------	--------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Setor Táxi/02 27 de fevereiro de 2018
Local e Data

EXCELSIOR SEGUROS
12 JUL 2018
SEGURO DPVAT.

Genecílio Matos Bezerra Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL.001 V001/2017



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 15-08-18	Hora: 07:07	Nº: 17		
Nome: <u>Antônio Cordeiro</u>				
Nascimento: 18-02-92	Sexo: M	Estado Civil: Solteiro		
Escolaridade: <u>Aluno</u>	Profissão: <u>Professor</u>			
Mae: <u>Isa de Souza Bezerra</u>	Nome Responsável: <u>Florina Bezerra</u>			
Endereço: <u>R. 21-N.5</u>	Município: <u>Itapecerica da Serra</u>	Fone: <u>9-37949485</u>		
Cartão SUS:	RG/CPF: <u>9.212.560</u>			
Raça/Cor: Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:

História e Exame Físico:

Trun no pulso
lungs, rebentos

(R)

Tratamento:

- ① trun axioplastia
- ② Voltoar → ond ①
- ③ Diferentes m =

EXCELSIOR SEGUROS

12-08-2018

SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstica:

Carimbo e Assinatura:

2º pul no pulso

Destino do Paciente: Internado | Prescrição | Transferido | Evasão

Removido para o hospital:

Óbito:

hrs do dia

DI - Antônio Cordeiro da Silva
 CPF: 882.723.542-20
 Município Trajano de Moraes



OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemoograma | <input type="checkbox"/> LCR |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Urisia | <input type="checkbox"/> VDRL |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Tropomina |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação

Horário

Obs:

08:30

Noédiay P. de Lima
Tec. de Enfermagem
COREN: 14835 - TEC-P

SINOR SEGUROS

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPITAL - VEH
Serra Talhada-PE



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200787800000065481003>
Número do documento: 20082116200787800000065481003

Num. 66748310 - Pág. 26



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

² Comitê de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.633/98.

Pelo exposto, eu, Ronana de M. S. Cavalcante, inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.399.794 / 25,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genilson Neto B. Santos, inscrito
(a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima
Genilson Neto B. Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Procuradora Renda: Fixa e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo,
anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	Numero	Complemento
<u>Rua Francisco Olavo</u>	<u>410</u>	<u>laser</u>
<u>IPSEP</u>	<u>PG</u>	<u>56912-130</u>
<u>Então</u>	<u>Telefone comercial (DDO)</u>	<u>18719634-4907</u>
<u>Serra Talhada</u>	<u>Telefone celular (DDO)</u>	

Serra Talhada, 04 de julho de 2018
Local e Data

Ronana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS

JUL. 2018

SE-12

SE-001-V001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:07
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200787800000065481003>

Número do documento: 20082116200787800000065481003

Num. 66748310 - Pág. 28



Número: **0000848-19.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **07/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS (AUTOR)	HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66748 311	21/08/2020 16:20	<u>ANEXO 3</u>	Outros (Documento)

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**

Nº Sinistro: **3180565776**
Vítima: **GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS**
Data do Acidente: **17/09/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565776**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

00020338


Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13675701





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01329/01330 - carta_03 - INVALIDEZ



000606665

Carta nº 13676087



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 2



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000061572-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:
116.016.064-35 Geniclibson Mateus Bessa Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Geniclibson Mateus Bessa Santos CPF: 116.016.064-35
Profissão: Agricultor Número: 3 Endereço: Rua vinte e um Complemento: 5
Bairro: Itomab Cidade: Serra da Lhada Estado: PE CEP: 56909-100
E-mail: Tel. (DDD): 84-9634-4901

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:
 RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: Serra da Lhada 09/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura de quem assina A RODO
Geniclibson Mateus Bessa Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura de quem assina A RODO
Renata de M. S. Braga
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004299**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2018** às 15:31

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2018** às 14:33

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA CIPO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**
Local do Fato: **FAZENDA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **SANDRA BESERRA NUNES** Pai: **GENIVAL ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KDO550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, OA VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL

09/11/2018 16:25



DESCRITO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONROLE DA MESMA, VINDO A DERRAPAR E CAIR EM SEGUIDA. APOS O OCORRIDO, A VITIMA BUSCOU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPEITAL, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. EBENONE, O QUAL CONSTATOU UM FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, E DEPOIS A VITIMA, FOI OPERADA NA CLINICA SAO FRANCISCO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Geniclebson mateus Beserra Santos

**GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** **INVALIDEZ PERMANENTE** **MORTE**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ÚLTIMA BENEFICIÁRIA). CÓDIGO DE CADASTRO: 116.016.064-35

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				
Nome completo:		Geniclibson Mateus Bessaia Santos		
Profissão:	Endereço:		CPF: 116.016.064-35	
Agricultor	Rua vinte e um		Número: 3	Complemento: varza
Bairro: Itomab	Cidade: Serra da Lhada	Estado: PE	CEP: 56909 - 100	
E-mail:				

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo. ANEXAR CÓPIAS

RENDIMENTO MENSAL: RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: <u>0914</u> <input type="checkbox"/> CONTA: <u>615 42</u> <input type="checkbox"/> <u>3</u>	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
	
AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/>	
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que fassinlar uma das preceções.

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias da pedida

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso diferente de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

ESTADO CIVIL DA VÍTIMA: Solteiro Casado (ao Civil) Divorciado Separado União Estável

Grau de Presentação como o Aluno: 1ºº 2ºº 3ºº 4ºº 5ºº 6ºº 7ºº 8ºº 9ºº 10ºº

Vítima teve filhos? Sim Não Se a vítima deixoucompanhia, informar o nome completo:

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da pena de cancelamento da apólice.

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

Local e Data: Serra da Baitaca 09/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CFP: _____

Assinatura

Assinatura

Assistants de Bureau et Secrétaires

name of M. S.

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.



0434963198

data 1 /
S T Q Q S S D

Esclarecimento

Eu, Genicleison mateus, venho Esclarecer que eu não posso me Responder biligar por o medico não ten informado conforme a Historia do feito eu informei e que Aconteceu, não fui socorrido por Bombeiros, somos e outros por que no momento não soube A necessidade de Acontece que no Horo. Achei que não tinha fractura de mao, rubi na mao e consegui chegar no hospital devido os dores e inchas muiita fiquei assustado tive direto para o hospital sendo que o chegar foi esmaltado a fratura e em seguida, aguardando para o chamado da cirurgia, não tendo a mao se quiserem mandar investigar estou a disposição para qualquer esclarecimento. peço a compreensão. Agradeço a compreensão e aguarda Respostas por que existe uma sequela de foto. É a cide de toda sobre que o costume dos ortopedista se não chegar com Bombeiros, somos ou policias coisa que é raro no interior.

Serra Talhada, 04 de Janeiro de 2019

Genicleison mateus Bezerra Santos.



Maté

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data: 15/08/2020	Hora: 10:20	Nº: 12			
Nome: <u>Genivaldo Lopes</u>		Sexo: <u>M</u>			
Nascimento: 10/06/1965		Estado Civil: <u>Solteiro</u>			
Escolaridade: <u>Ensino F</u>	Profissão: <u>Funcionário</u>				
Maior: <u>Genivaldo Lopes</u>		Responsável: <u>Genivaldo Lopes</u>			
Endereço: <u>R. L. P. 5</u>					
Bairro: <u>Costa</u>	Município: <u>Itapecerica da Serra</u>	Fone: <u>9.37749.4852</u>			
Cartão SUS:		RG/CPF: <u>9.210.500</u>			
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amorela	Indígena
PA:	P脉:	HGT	Temperatura:	Peso:	

História e Exame Físico:

Fora no muro
Fora no muro

(Re)

Tratamento:

- ① Fora no muro
- ② Volta pra onde ①
- ③ Diferente ④

EXCELSIOR SEGUROS

Carimbo e Assinatura: 12 JUN 2011

SEGURO DPVAT

Hipótese Diagnóstica:

Fora no muro

Destino do Paciente

Internado

Externado

Transferido

Evadido

Removido para o hospital:

U. Traumatologico da Serra

Data:

Hrs do dia:

 U. Traumatologico da Serra
 CPP 882.723.544-20
 Médico Traumatologista


OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:	Horas:
Paciente:	

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> EOG | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glucose | <input type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Urota | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Tocotrizina | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Enzograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PREScriÇÃO MÉDICA

Medicação	Hospital	Obs:
① Urtigaria 25 mg	07/09/20	
② Acido Paracetamol 500 mg a cada 4h	Noédia P. de Lima Tec de Emergência COREN: 14835 - TEC-P	

SINERSEGUROS

2018

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPITAL
Geral Tancredo
de
Noronha



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

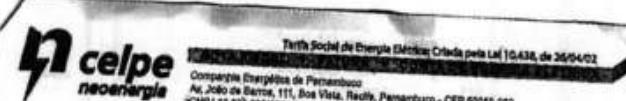
CONTA: 000000061572-3

Nr. da Autenticação A52E2666E1936A00



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 11



DADOS DO CLIENTE

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barro, 111, Bos Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-922
CNPJ 15.833.832/0001-08 | Inscrição Estadual: 0005943-93 | www.cepe.com.br

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 388 710 364-15

IPSEPI/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56912-130

000026248 UNICA 25/09/2018
25/09/2018 2000136289 5873901

22/80/6019 09/2018
02/10/2018 25/10/2018
245.8

Consumo Ativo(kWh)
Acréscimo Bandeira VERMELHA
Contág. Bum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 021882133-28/DS/18
ICMS Subvenção-CDE-NF 03578483-28/DS/18
PRÓ-CRIMÁCIA-(081)3412-8888 08601131-8888

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
282.000000	0,75292600	212,29
		20,35
		8,66
		1,81
		1,73
		0,99

TOTAL DA FAZENDA

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT
246.62

PERÍODO	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES	VALORES
SET/18 - 260						
AGO/18 - 382						
SET/18 - 266						
AN/18 - 280						
MAR/19 - 278						
ABR/19 - 294						
MAR/19 - 372						
FEV/19 - 386						
JAN/19 - 338						
DEZ/18 - 340						
NOV/17 - 362						
OUT/17 - 362						
SET/17 - 376						

SENTE-SE A SENSIBILIDADE DO NOSSO POSSÍVEL DIA-DE-MARÉ

Comunicación e informes de los procedimientos de manejo de emergencias (3)

Se avanza en el desarrollo de la actividad productiva en el sector primario, tanto en el sector agropecuario como en el sector forestal y pesquero. Se ha establecido una estrategia de desarrollo rural que tiene como eje central la agricultura familiar.

11.000.000

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 2008211620080170000065481004

Num. 66748311 - Pág. 12



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

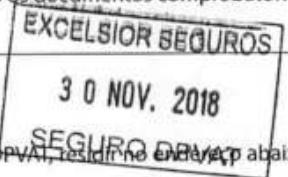
A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744/25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Genicleison Matheus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura 3málices da Vítima Genicleison Matheus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Agricultor Renda: não informar e apresento os documentos comprobatórios:



Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

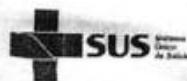
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Francisco Olavo</u>	Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Querra da Bahia</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	<u>87-9634-4907</u>

Querra da Bahia, 21 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante





BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 122

Data: 14/09/18	Nome: <i>Guilherme Matheus Pereira Santos</i>	Horas: 14:33			
Nome Social:		Profissão: <i>Agente de Saúde</i>			
Nascimento: 18/02/93	Sexo: <i>MASC</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>			
Escolaridade: <i>8º ano</i>		Responsável:			
Mãe: <i>Andrea Pereira Nunes</i>					
Endereço: <i>Rua 21 05</i>					
Bairro: <i>Coqueiro</i>	Município: <i>ST/PE</i>	Fone: <i>0802-7025418</i>			
Cartão SUS: <i>02 1084 6825 8593</i>		RG/CPF:			
Raça/Cor: <i>Branca</i>	<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta	<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela	<input type="checkbox"/> Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO AMARELO VERDE AZUL

Situação/Queixa:

T2N0M0

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:	Carimbo e Assinatura:					

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

11/09/18

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Tratamento:

T2N0M0
- *Coluna* - *11/09/18*
- *Diáfragma* - *11/09/18*

Centro de Traumatologia
Cordeiro de Melo Júnior
CNPJ: 0001-0000000000000000

Hipótese Diagnóstica:

T2N0M0

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ebenone Antônio da Silva
CPF: 882.723.544-20
Médico Traumatologista



CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão
Removido para o hospital:				
Obito às	hrs do dia	Carimbo e Assinatura:		

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

EXCEPCIONAL
30 NOV 2018
EXCEPCIONAL

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PREScrição MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VERH - 17/09/2018

Notificado



(87) 988027254

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	Secretaria de Saúde Pernambuco	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde			2 - CNES 2 5 1 7 1 2 4		
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.			3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE Hospital Francisco Anselmo Ltda.		
4 - CNES 2 5 1 7 1 2 4					
Identificação do Paciente					
NÚMERO DO DOCUMENTO 06921560	NOME ATEND. Nomes: Genivaldo Santos B. Santos				
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 802108768258583	6 - SIS PRENATAL	7 - SENHA / REGULAÇÃO	8 - N.º DO PRONTUÁRIO 41861		
9 - NOME DO PACIENTE Genivaldo Santos B. Santos	10 - DATA DE NASCIMENTO 18/02/93				
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Sandárea Bezerra Santos	11 - SEXO Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>				
13 - TELEFONE DE CONTATO 87988027254	14 - ENDEREÇO (RUA N.º BAIRRO) Rua Vinte e um, 5 - Serra Talhada				
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Serra Talhada	16 - COD. IBGE MUNICÍPIO 0261220	17-UF PE	18 - CEP 56909400		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO — Da + Luta - Me no tru					
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) —					
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura no tru	22 - CID. 10 PRINCIPAL 582-6				
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO	25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Fratura no tru	27 - COD. DO PROCEDIMENTO 0408.05.049-7				
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO () CNS () CPF	31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Ebenone Silva Ortopedia / Traumatologia CRM: 15.122 CEM - Fone: 9.9916-0112	33 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18/09/18	34 - ASSINATURA E CARIMBO TITULAR MÉDICO Dr. Francisco Anselmo Magalhães CPF: 12.452.054-19 CRM: 5362			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	38 - CNPJ DA SEGURODORA	39 - N.º DO BILHETE	40 - SÉRIE
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR	42 - CHAM DA EMPRESA	43 - CBOH			
44 - () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO	46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR	51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
47 - DOCUMENTO () CNS () CPF	48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR/DR	MOTIVO DA ALTA: metatarsos			
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 01/09/2018	50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Electivo			
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/09/18					

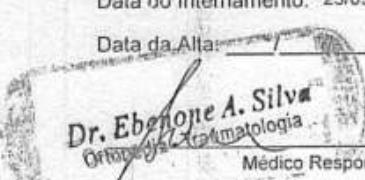




HÓSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

Rua Vereador Silviano Góes, 103 - Centro - Serra Talhada - PE
Fone/Fax: (87) 3831-3736 / 3831-2747 - CEP: 56117-110
CHP: 43.000-562.0001-99 - e-mail: chtd@brazilnet.com.br

CLÍNICA CIRURGICA

Data do Atendimento:	25/09/2018	Prontuário:	00041861	Registro:	00087417	Convenio:	SUS INTERNACAO
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS							
Data Nascimento:	18/02/1993	Idade:	25 Anos, 7 Meses	Sexo:	MASCULINO	Cor:	PARDA
Estado Civil:	SOLTEIRO(A)	Profissão:	AJUDANTE	Naturalidade:		Nacionalidade:	
Filiação: Pai:	GENIVALDO ALVES DOS SANTOS			Mãe:	SANDRA BESERRA NUNES		
Endereço:	RUA VINTE E UMA					Nº	5
Bairro:	COAHB	Cidade:	SERRA TALHADA		Estado:	PE	Telefone: 988027254
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:							
Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/>	Outros Acidentes	<input type="checkbox"/>	Agressão	
Suicídio	<input type="checkbox"/>	Casual	<input type="checkbox"/>	Outros	<input type="checkbox"/>		
Nome do Acompanhante:				Telefone para Contato:			
Endereço:							
Local da Ocorrência:							
ANAMINESE E EXAMES FÍSICOS							
<i>Tetra 20 mmHg 0</i>							
Diagnóstico Inicial:							
<i>Tetra 20 mmHg 0</i>							
S.A.D.T							
Diagnóstico Final							
<i>Ombro.</i>							
Data do Atendimento:	Data do Atendimento:						
Melhorada	<input checked="" type="checkbox"/>	Decisão Médica	<input checked="" type="checkbox"/>	Data do Internamento: 25/09/2018			
Inalterado	<input type="checkbox"/>	Alta a Pedido	<input type="checkbox"/>	Data da Alta:			
Piorado	<input type="checkbox"/>	Transferência	<input type="checkbox"/>				
Óbito+48h	<input type="checkbox"/>	Evasão	<input type="checkbox"/>				
Óbito-48h	<input type="checkbox"/>	Indisciplina	<input type="checkbox"/>				
Óbito em	_____	/	_____	Horas:	_____	_____	_____
 Dr. Ebenone A. Silva Dermatologista Médico Responsável							

GDS - Genus Desenvolvimento de Sistemas - 87-3831-3014



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 17

Cirurgia Realizada:	Nº do Procedimento:		
Data:	Inicio:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

DESCRÍÇÃO CIRÚRGICA

- Anestesia
- Assessoria
- Acesso articular.
- 01 Placa 112 anulo 3,5
- 04 Parafuso extir.
- Sutura.

Dr. Ebenove A. Silva
Ortopedista Traumatologista
Assinatura do Cirurgião



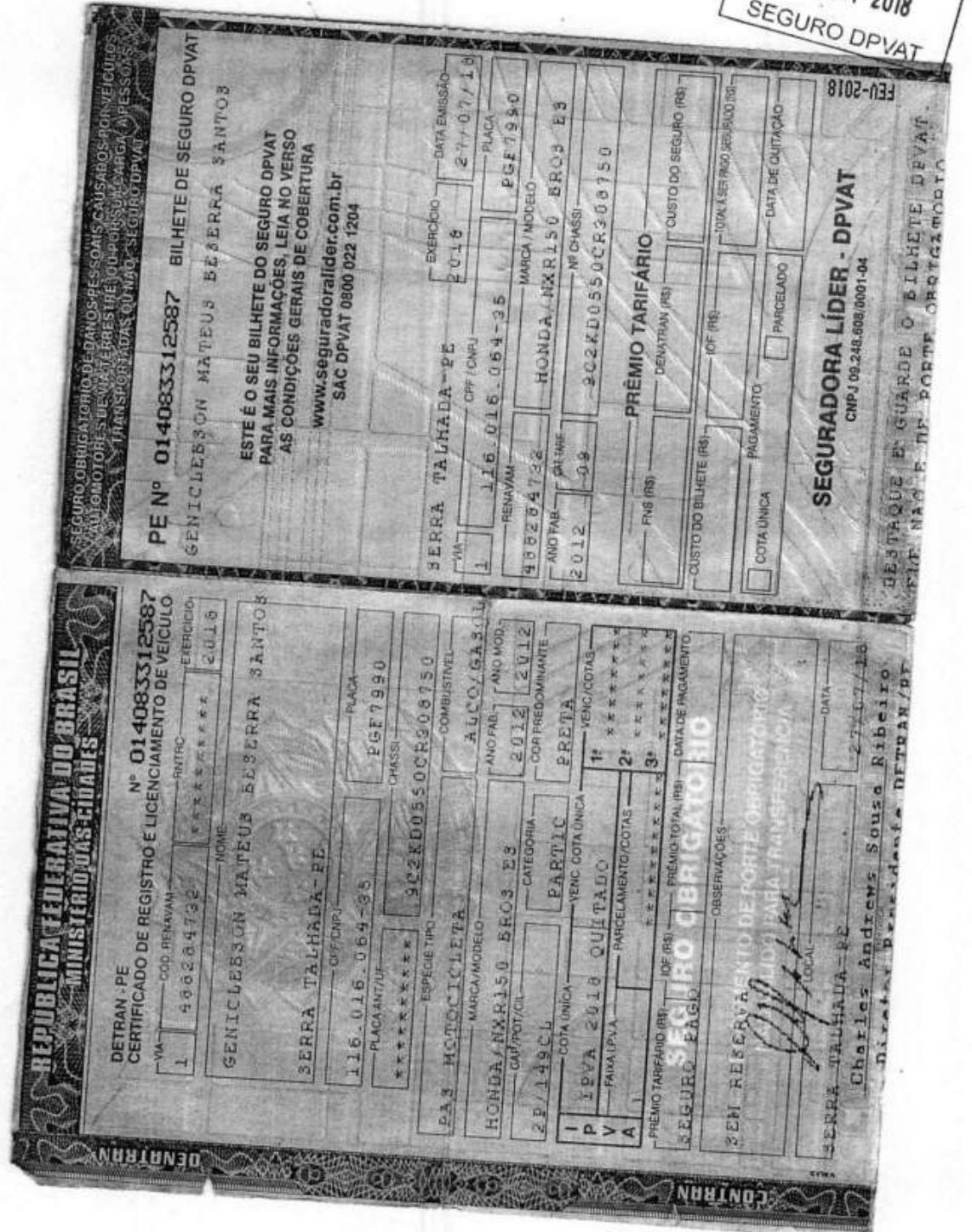


EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

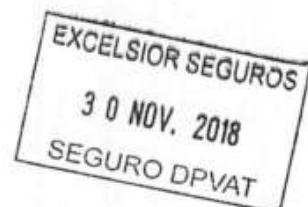
Num. 66748311 - Pág. 19



DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 09 de 11 de 2018



X Gadelbom - Otávio Bezerra Santos



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 21

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
SANTOS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 23

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Genicleison Mateus Bessaia Santos,

portador(a) do documento de identidade nº 9.212.560, expedido por SDS-PE, em 01/06/2013, inscrito no CPF sob o nº 116.016.064-35, residente na Rua Vinte e Um, nº 5, complemento Vasca, Bairro Vila Malb, cidade Serra Talhada, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante,

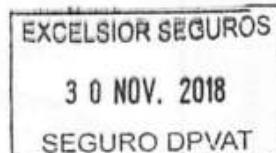
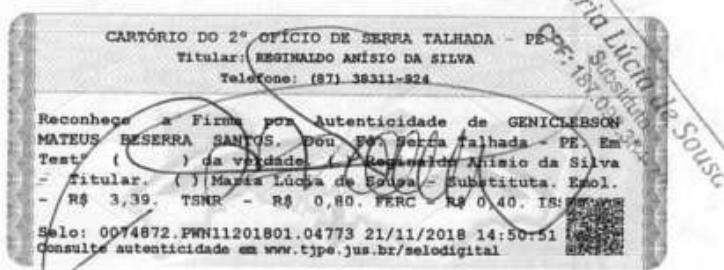
portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em 29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na Rua Francisco Olavo, nº 110, complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade Serra Talhada, Estado PE.

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Serra Talhada 09 de 11 de 2018



Outorgante X Genicleison Mateus Bessaia Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434963/18

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTO

CPF: 116.016.064-35

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS : 116.016.064-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018

Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

CPF: 051.394.744-25

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018

Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

CPF: 097.679.434-98

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 21/08/2020 16:20:08
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20082116200801700000065481004>
Número do documento: 20082116200801700000065481004

Num. 66748311 - Pág. 25